N° 1

DES DÉCHIRURES

DU COL DE L'UTÉRUS

ET DE LA TRACHÉLORRHAPHIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 9 novembre 1889

PAR

E. CARDEILLAC

né à Bessières (Haute-Garonne)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1889

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.
BERTIN-SANS, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Opérations et appareils.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER ✻.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN ✻.
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✠).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Physique médicale.	IMBERT.
Pathologie externe. (ch. de c.)	FORGUES.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Prof. honor. M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✠),

Chargés de Cours de Cliniques annexes :

Clinique des maladies des enfants. MM	BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	N... , *agrégé.*
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
BLAISE.	GILIS.	HÉDON.
BAUMEL.	BOINET.	LECERCLE.
VILLE.	BROUSSE.	
FORGUE.	SARDA.	
TRUC.	ESTOR.	
GERBAUD.		

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. CHALOT, *président.*
TÉDENAT, *Professeur.*
TRUC, *agrégé.*
ESTOR, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

E. CARDEILLAC.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur CHALOT

A mes Maîtres de la Faculté de Montpellier

E. CARDEILLAC.

INTRODUCTION

Le traitement des déchirures du col de l'utérus par la trachélorrhaphie est chose assez rare en France pour que nous n'ayons pu, pendant notre stage dans les hôpitaux, en voir un seul cas. C'est grâce à l'extrême obligeance de M. le Professeur Chalot, que nous avons quelquefois accompagné dans sa clientèle, qu'il nous a été donné de la voir pratiquer sous nos yeux.

Le succès complet qu'elle obtint provoqua en nous un vif intérêt et, aidé des conseils de notre Maître, nous avons entrepris d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. C'est le résultat de nos recherches bibliographiques que nous donnons ici.

Nous regrettons que des circonstances particulières ne nous aient pas permis de pousser nos investigations aussi loin que nous l'eussions désiré et nous aient obligé de terminer hâtivement notre travail

Mais si ces quelques pages pouvaient être favorablement accueillies par notre jury, c'est à notre excellent Maître qu'en reviendra tout le mérite.

Qu'il nous soit permis de le remercier vivement de la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours de nos études médicales et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous avons cru, pour donner plus de clarté à notre exposition, devoir établir la division suivante :

Chapitre I. — Historique. — Etiologie des déchirures du col de l'utérus.

Chapitre II. — De leur évolution et de leurs conséquences.

Chapitre III. — Symptomatologie. — Diagnostic.

Chapitre IV. — Traitement. — Trachélorrhaphie. — Conclusions.

DES

DÉCHIRURES DU COL DE L'UTÉRUS

ET DE LA TRACHÉLORRHAPHIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. — ÉTIOLOGIE

1° Historique

On est en droit de s'étonner, quand on voit la fréquence avec laquelle se produisent les déchirures du col de l'utérus, les graves désordres qu'elles apportent dans l'économie, les troubles fonctionnels qu'elles provoquent, que les chirurgiens en aient si longtemps méconnu la nature et les effets, et ne leur aient prêté qu'une attention secondaire. En effet, antérieurement aux travaux d'Emmet, cette question est fort peu étudiée par les auteurs; ou s'ils la traitent, ce n'est qu'en l'effleurant, en glissant rapidement, et ils ne donnent à ces sortes de lésion qu'une très faible importance.

C'est ainsi qu'en 1839, Duparcque, dans son traité *Maladies de la matrice*, s'en occupe incidemment, et qu'après lui

Villemin les cite simplement au point de vue étiologique dans son Étude sur la métrite puerpérale.

Duparcque s'exprime ainsi à leur sujet : «Il est probable que cet accident est très commun, et qu'on ne le remarque pas à cause de *l'innocuité de ses suites.*»

C'est plus tard seulement que cette lésion a été étudiée de plus près.

L'Amérique, avec Emmet, en a pris l'initiative, et c'est là qu'ont paru les plus nombreuses et peut-on même ajouter, quoique souvent un peu fantaisistes, les plus complètes études de la question.

Pour la première fois en 1869, Thomas-Addis Emmet essaya, dans un article de l'*American Journal of obstetrics de New-York*, d'attirer l'attention du monde médical sur l'importance des lacérations du col, sur leurs conséquences, et il proposa en même temps un traitement qu'il appliquait avec beaucoup de succès depuis 1862, date de sa première opération.

On pourrait peut-être lui reprocher d'avoir attribué aux lacérations un rôle exagéré au point de vue de leur retentissement sur toutes les fonctions organiques, et de s'être laissé emporter trop loin dans cette voie par son enthousiasme d'innovateur, mais cela ne diminue en rien son mérite.

Quelque nouvelle et hardie que fût la méthode proposée par Emmet, elle n'eut pas, tout d'abord, l'avantage de provoquer une vive curiosité.

Ce ne fut que cinq ans plus tard, en 1874, que l'auteur la remit en lumière dans une nouvelle communication à la Société de médecine de New-York : *Laceration of the cervix uteri as a frequent and unrecognized cause of diseases* (1).

(1) *In* New-York medical journal.

Il obtint cette fois plus de succès, car dès ce moment l'élan fut donné et un grand nombre d'imitateurs, avec l'enthousiasme qui accueille toute innovation, tentèrent l'opération proposée par Emmet. Ils obtinrent des résultats divers.

Dès lors les publications abondent, et l'on se trouve en présence des opinions les plus divergentes et des affirmations les plus contradictoires.

Entre autres : Shrœder, Bennet, Duncan, Jacobi, Chadwik et Atthil regardent la trachélorrhaphie comme inutile dans la plupart des cas et pouvant même, dans des lacérations assez étendues, être remplacée par des procédés plus simples, tels que l'emploi des astringents, des caustiques, ou encore l'amputation des lèvres ectropiées.

Mais, à côté de ces derniers auteurs, qui sont peut-être un peu trop réservés et dont quelques-uns même affectent à l'égard du procédé d'Emmet un dédain peu justifié, il en est d'autres qui se prononcent avec enthousiasme dans un sens favorable au gynécologiste américain. C'est ainsi que Gaillard Thomas, Breisky, Spiegelberg, Goodell, Playfair, Marion Sims, Hanks, Baker, Dudley, Skene, Schenk, Chase, Porter, Howitz, Walton, Martin, attachent une immense importance à cette opération qu'ils considèrent comme une des plus brillantes et des plus utiles acquisitions de la chirurgie gynécologique.

Parmi ces derniers, Munde et Pallen se font encore remarquer par leur engouement et ils vont jusqu'à soutenir que l'opération est l'unique moyen de guérir les lacérations même les plus insignifiantes.

En Russie, Slawiansky, imité bientôt par Agathonoff (1), a le premier, en 1880, pratiqué l'opération d'Emmet, et

(1) Agathonoff. Arch. de gynécologie 1883.

après avoir opéré 13 cas, il se prononce en faveur de ce procédé.

En Allemagne, la trachélorrhaphie a été accueillie avec réserve et, disent Hegar et Kaltenbach (1), si en Amérique elle a trouvé plus d'admirateurs que de critiques, il n'en a pas été de même en Allemagne, où elle a été soumise à une discussion rigoureuse ; on l'accepte comme moyen thérapeutique puissant, mais on ne lui demande que ce qu'on est en droit d'en attendre.

En Angleterre et en France, elle est peu vulgarisée. La plupart des ouvrages de quelque importance parus là-dessus ne sont guère que des reproductions ou des traductions américaines. Mais c'est encore chez nous qu'elle est le moins en honneur. Si M. Tarnier, le premier qui ait tenté la trachélorrhaphie en France, a trouvé quelques imitateurs, parmi lesquels nous citerons MM. Peyrot, Guérin, Terrillon, Bouilly, etc., et, dans la Faculté de Montpellier, nos Maîtres MM. Chalot et Tédenat, ce n'est malheureusement qu'en trop petit nombre et encore ne trouve-t-on ces opérateurs que parmi les savants et les spécialistes. Nous nous contenterons pour le moment de constater le peu de vogue de la trachélorrhaphie, nous réservant d'en étudier de plus près l'utilité dans une autre partie de notre modeste travail.

2° Étiologie

M. Jacquelot (thèse de Paris, 1884) divise les déchirures du col de l'utérus, d'après la cause de leur production, en deux grandes classes : *chirurgicales* et *obstétricales*.

Les premières sont dues à l'intervention opératoire en

(1) Hegar et Kaltenbach. Operative gynœkologie 1888

dehors des accouchements. Nous ne nous en occuperons pas ici; disons simplement pour mémoire qu'on les observe assez rarement et qu'elles sont dues le plus fréquemment aux discisions du col dans l'atrésie, à la dilatation artificielle, aux tractions exercées pour l'extirpation des tumeurs intra-utérines.

Il n'en est pas de même des déchirures provoquées par des causes purement obstétricales. Un grand nombre d'auteurs affirment qu'il se produit toujours chez les primipares des lacérations plus ou moins étendues, mais ces lésions se produiraient d'autant plus facilement que la femme aurait accouché un plus grand nombre de fois.

Nieberding et Wurtzbourg ont signalé l'existence de fissures qui seraient produites pendant la grossesse et qui tendraient naturellement à s'étendre davantage au moment de la parturition, alors que le col fortement distendu présente à la déchirure d'autant moins de résistance qu'il est déjà plus profondément lésé.

Ce sont-là, croyons-nous, des causes qui se produisent assez rarement, et c'est surtout à l'acte de la parturition et aux diverses circonstances dans lesquels il se produit que nous croyons devoir rapporter la plupart des lacérations cervicales. Nous examinerons plus loin les conditions les plus favorables à la production de ces déchirures, et nous allons préalablement comparer relativement à la fréquence les divers résultats des statistiques que nous fournissent les auteurs.

Voici un tableau (emprunté en partie au docteur Hugues Well, de New-York) qui permettra de voir dans quelle mesure varie la proportion donnée par plusieurs statistiques.

Sur 500	femmes,	Emmet	a trouvé	164	lacérations,	soit 32,8 %
900	—	Pallen	—	200	—	22,2 %
930	—	Munde	—	293	—	31,5 %
450	—	Baker	—	135	—	29,9 %
395	—	Davenport	—	139	—	31,1 %
124	—	Tédenat	—	106	—	85, %
175	—	Murphy	—	95	—	54,3 %
3474	—			1132	—	32,26 %

L'on remarquera que les résultats donnés par Murphy et Tédenat diffèrent considérablement de ceux donnés par les autres auteurs et que la proportion % qui résulte de leur statistique est relativement très élevée.

D'après M. Tédenat, cette différence proviendrait de ce que les statistiques ne signalent presque exclusivement que les déchirures non cicatrisées et ne tiennent aucun compte de celles qui ont guéri spontanément sans attirer l'attention, et s'il est arrivé à une proportion aussi élevée, c'est qu'il a examiné les femmes accouchées à une époque la plus rapprochée possible de l'accouchement, du douzième au quinzième jour environ.

En effet, dit-il, « à cette époque, la turgescence, la rougeur des tissus a diminué; les ruptures de quelque importance ne sont pas cicatrisées et ne peuvent être méconnues si on y regarde attentivement. »

Simpson et Gaillard Thomas affirment de leur côté que tout accouchement normal, produit même dans les meilleures conditions, est toujours accompagné d'un certain degré de lacération, mais le plus souvent ces déchirures assez peu étendues passent inaperçues.

En effet, les modifications que présente l'orifice externe du museau de tanche chez les multipares sont dues aux fissures, si légères soient-elles, qui se produisent pendant l'expulsion du fœtus. « Les lèvres du museau de tanche chez

les multipares, disent MM. Chantreuil et Tarnier, au lieu d'être lisses et régulières, sont inégales, bombées, mamelonnées, on y trouve des dépressions linéaires, qui correspondent à la cicatrice des déchirures produites sur l'orifice externe au moment de l'accouchement. »

Quant au siège qu'affectent les déchirures, tous les auteurs admettent qu'elles se produisent plus souvent à gauche qu'à droite. Cela est dû à la plus grande fréquence des positions O, I, G, A. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les déchirures bilatérales, droites, antérieures et postérieures.

Dans cette position (O, I, G, A), c'est sur la paroi gauche du col que s'exerce le plus vivement la pression.

Il s'ensuivra naturellement que la déchirure se produira au point qui devra supporter le plus grand effort. De même les multipares seront d'autant plus exposées qu'elles auront eu déjà un plus grand nombre de grossesses.

D'abord le col, par suite des cicatrisations résultant des accouchements antérieurs, présentera un tissu scléreux peu extensible et très facilement déchirable; il faudra ajouter à cela la prédisposition que présentent les femmes, après plusieurs grossesses, aux présentations vicieuses.

Il est à remarquer que les classes qui vivent dans des milieux malsains et dans des conditions déplorables d'hygiène sont plus particulièrement prédisposées à ces accidents.

Baker et Munde insistent beaucoup sur l'influence néfaste de la pauvreté. Les classes aisées, grâce à leur alimentation plus convenable et à une hygiène meilleure, offrent une plus grande résistance.

Plusieurs conditions pathologiques favorisent la production des déchirures, telles sont l'existence de tumeurs, polypes, corps fibreux, dégénérescences cancéreuses, malformations, développement anormal ou perte de substance du col et déviations de l'utérus.

Pour Bennet, les inflammations chroniques seraient la cause la plus fréquente: dans ce cas, en effet, il se produit une rigidité pathologique du col.

Les difformités du bassin jouent un rôle extrêmement important. Les rétrécissements, liés au rachitisme, sont aussi des circonstances qui empêchent l'expulsion normale du fœtus, rendent l'accouchement plus long et plus pénible, favorisent la compression des parois cervicales contre les parois osseuses et par suite leur rupture.

Mécanisme de la déchirure.— « Lorsque les parties fœtales rencontrent de la part du bassin un obstacle à leur descente, il se produit (d'après Baudl) une ascension de l'orifice interne au-dessus du détroit supérieur, et par suite une distension exagérée du col en même temps que du vagin. Chez les primipares, l'utérus, alors que la tête reste élevée, se contracte pendant de longues heures, sans dévier de sa situation normale; ce n'est que lorsque son action s'est longtemps exercée inutilement que les annexes et les muscles abdominaux ayant épuisé leur action cessent de se contracter et ne peuvent plus par conséquent fixer l'utérus au niveau du détroit supérieur. Il se produit alors une désharmonie entre les facteurs, qui a pour résultat la prédominance des contractions utérines sur celles des annexes et des muscles abdominaux, et de reporter tout l'effet de cette contraction utérine sur le col.

« Le col de l'utérus et son fond tendent de plus en plus à remonter au-dessus du point fixe la tête et le corps du fœtus; par suite, le col, qui est élastique, se distend d'une façon exagérée et reste, par sa portion intravaginale, enclavé entre la tête et le détroit supérieur, en un mot, l'enfant se trouve déjà engagé dans le col en petite ou en grande partie, mais encore au-dessus du détroit supérieur. Ces conditions, chez

les primipares, ne se produisent que rarement, parce que les annexes des primipares offrent une grande résistance: le plus souvent, l'utérus tombe dans l'inertie ou devient malade avant que cela se prononce. C'est la raison pour laquelle ces ruptures sont rares chez les primipares.

»Chez les multipares, l'utérus changera plus facilement de situation, par suite, la situation du col se produira plus tôt et il en sera de même des conditions qui favorisent la rupture.»

La théorie de Baudl peut donc se résumer ainsi: «Toutes les fois qu'un obstacle mécanique s'opposera à la sortie du fœtus, les contractions utérines existant dans le corps et n'étant plus contre-balancées par la résistance des annexes et des muscles abdominaux expirant directement sur le col, l'orifice interne se trouvera attiré au-dessus du détroit supérieur et l'utérus se trouvera divisé en deux parties, l'une supérieure (le fond du corps), l'autre inférieure (le col). Tandis que la première tendra à devenir de plus en plus épaisse, l'autre se distendra et s'amincira en proportion. Cette dernière pourra donc se rompre soit spontanément, soit dans les manœuvres d'extraction du fœtus.»

La rupture du col dans ces conditions s'étendra plus ou moins loin vers l'utérus selon l'intensité des causes qui ont présidé à sa production; mais elles donnent lieu, dans ce cas, à des complications péritonéales redoutables et, comme elles sortent de notre cadre, nous nous contenterons simplement de les signaler.

Les avortements et les accouchements prématurés sont une cause importante de lacération. Le col, pendant la grossesse, subit normalement des modifications qui ramollissent ses parois et le rendent apte à se distendre pour donner passage au fœtus. Que pour une cause quelconque, accidentelle ou criminelle, l'expulsion du fœtus ait lieu à un moment de

la grossesse où le col ne sera pas encore facilement extensible, la déchirure pourra se produire.

Fage, après d'autres accoucheurs, insiste sur la rapidité de l'accouchement. En effet, dit-il, «quand, pour une cause quelconque, les contractions utérines sont fréquentes, rapprochées, très énergiques, quand, en même temps, la tête est peu volumineuse on peut voir cette partie du fœtus passer rapidement à travers le col de l'utérus; cette partie de l'organe pourra éclater et une déchirure se produire.»

Mais, d'un autre côté, un grand nombre d'accoucheurs affirment que la lenteur de l'accouchement serait une cause plus fréquente et plus importante. Dans ce cas, les parois du col, soumises à une compression trop prolongée, s'anémient, leur vitalité diminue et elles présentent par suite une plus grande aptitude à se déchirer. Toutes les causes énumérées précédemment dépendent soit d'un vice de conformation, soit de circonstances en quelque sorte particulières à la parturiante; elles sont, pourrait-on dire, maternelles; mais, en dehors de celles-ci, il en est d'autres plus directement imputables au fœtus ou à l'intervention obstétricale.

1° *Causes dépendant du fœtus.*— La conformation vicieuse du fœtus, son très grand volume, la dimension exagérée de la tête, l'hydrocéphalie sont autant de causes qui favoriseront la rupture du col. On peut aussi incriminer le sexe masculin, qui a généralement un volume plus fort que le sexe féminin; mais cette dernière cause, quoique à signaler, n'a qu'une importance relative.

2° *Causes dépendant de l'accoucheur.*— L'intervention inopportune ou inhabile de l'accoucheur sont des causes très fréquentes; l'accouchement ou l'avortement provoqués soit dans un but obstétrical, soit dans un but criminel

(Emmet donne à ce dernier une grande importance), lorsqu'ils sont conduits trop rapidement lorsqu'on veut hâter la dilatation du col, peuvent donner lieu à des ruptures qui tendront à augmenter de longueur au moment du passage des parties fœtales.

Le seigle ergoté, administré d'une façon inopportune, provoquera une contraction générale des fibres utérines, et au lieu d'arriver au but que l'on veut atteindre, c'est-à-dire l'expulsion du contenu de la cavité utérine, c'est le résultat contraire que l'on obtiendra, c'est-à-dire la rétention des parties fœtales. En effet, l'utérus, énergiquement contracté en tous ses points, ne pourra céder qu'au prix d'une rupture, et celle du col, dans le cas précité, devra encore être considérée comme une heureuse terminaison.

La rupture trop tôt provoquée de la poche des eaux sera une condition favorable à la déchirure.

En supprimant la cause qui produit la dilatation normale, c'est-à-dire régulière et progressive du canal cervical, on permettra à l'utérus, par l'écoulement brusque du liquide ammotique et conséquemment par une diminution de volume de se contracter plus énergiquement, et le col, soumis dès lors à une augmentation brusque de pression et se dilatant plus difficilement, pourra se déchirer. Aussi ne devra-t-on se permettre la perforation des membranes que sur des indications bien nettes, cas dans lequel il serait condamnable, par la seule crainte d'une déchirure cervicale, de ne pas intervenir et de courir le risque de complications plus graves.

Mais il faut signaler plus spécialement les opérations obstétricales plus importantes, telles que l'embryotomie, la céphalotripsie, la version, l'application du forceps.

Les causes qui déterminent le chirurgien à pratiquer l'embryotomie, les traumatismes graves qui accompagnent

généralement cette opération, sont un sujet trop important pour nous permettre de l'étudier dans notre travail : aussi, nous bornons-nous à le signaler.

La céphalotripsie présente moins de danger pour la mère; mais l'application du céphalotribe ressemble si étroitement à celle du forceps, que les lésions produites sur le col peuvent, toutes choses égales d'ailleurs, être confondues dans une même étude.

L'introduction trop brusque de la main qui doit guider les branches du forceps, les mouvements de bascule imprimés sans mesure et sans méthode à cet instrument en exerçant une pression. exagerée sur les parois du col, en favorisent la rupture. Bien que les lacérations dans ce cas se soient produites avec un col parfaitement dilaté, on comprendra aisément qu'elles se produiront d'autant mieux que la dilatation sera moins avancée.

Les efforts tentés dans le but de favoriser la rotation lorsqu'elle ne se produit point ou tend à ne se produire que très lentement, la traction plus ou moins énergique exercée lorsque le bassin est trop rétréci, que son axe est dévié, agiront dans le même sens.

La version, lorsqu'on la tente (pour parer à des accidents graves, tels que l'éclampsie, l'hémorrhagie, la procidence du cordon, etc.) avant que le col ne se soit suffisamment dilaté ou qu'on la pratique d'une façon trop brusque ou trop rapide, produira les mêmes lésions par un mécanisme analogue.

Ajoutons encore à ces diverses causes les pressions abdominales exercées trop tôt ou trop vivement par l'accoucheur dans le but de rendre plus efficaces les efforts expulsifs de la femme.

Les déchirures peuvent être envisagées à deux points de vue distincts : au point de vue du siège qu'elles occupent et au point de vue de leur forme et de leur direction.

Quant à la situation, on en a noté absolument sur toutes les parties du col, et de préférence aux points qui présentaient antérieurement à l'accouchement quelques lésions pathologiques. Elles peuvent être uniques ou multiples, et, dans ce dernier cas, affecter simultanément plusieurs points des parois cervicales ou ne se trouver que sur une seule paroi. Leur nombre est quelquefois très considérable. Clarke a compté jusqu'à 60 lacérations sur un même col. La déchirure dans ce cas est dite étoilée. Dans la majorité des cas, elle est unique ou bilatérale.

Voici, du reste, un tableau comparatif qui permet de voir la fréquence relative des lacérations d'après leur siège :

	Emmet	Munde	Hardon	Baker	Tédenat	Moyenne
A gauche....	48,85 %	5,88 %	4,73 %	70 %	58,49 %	37,59 %
A droite....	14,02	14,28	10,52	3	16,98	11,72
Bilatérales...	30,48	75,65	42.21	»	20,75	42,27
Postérieures.	2,38	1,73	»	»	0,94	5,05
Antérieures .	»	0,84	»	»	3,77	2,30
Etoilées.....	6,09	»	»	»	»	6,09

L'on remarquera que ce sont les déchirures bilatérales et gauches qui se produisent le plus fréquemment, et, bien que ce tableau donne un avantage marqué aux déchirures bilatérales, nous sommes plutôt porté à admettre la plus grande

fréquence des déchirures gauches. Les résultats des statistiques de Munde et de Hardon modifient le résultat total; mais, outre qu'on peut leur reprocher, du moins à cette dernière, de ne porter que sur un nombre de cas relativement faible (19 cas), l'erreur est facilement explicable si l'on considère que les malades viendront demander le secours de la science avec d'autant plus d'empressement que les lésions dont elles sont atteintes provoqueront des troubles généraux plus marqués, et, pour le même motif, beaucoup de déchirures latérales passeront inaperçues. Par conséquent, pour qu'on puisse attribuer à une statistique de ce genre une importance réellement scientifique, il faudrait que l'examen fût pratiqué à une époque peu éloignée de l'accouchement.

Quant à la prédominance des lacérations gauches, il faudra, comme nous l'avons déja dit, l'attribuer à la plus grande fréquence de la position O, I, G, A, le col devant avoir une tendance à se déchirer au point qui devra supporter le plus grand effort. Les déchirures latérales et postérieures sont souvent dues à l'application du forceps qui pourra glisser au moment des tractions, le céphalotribe agira d'une façon analogue; dans ce cas, elles sont souvent doubles. Il en sera de même lorsque la déchirure sera due à la proéminence exagérée des vertèbres sacrées.

Les déchirures, quel que soit leur siège, peuvent rester limitées au col, s'étendre vers l'utérus, vers le vagin, ou bien vers le vagin et l'utérus simultanément.

Nous ne parlerons pas des déchirures s'étendant vers l'utérus; ce sont-là des accidents autrement graves que les déchirures qui n'intéressent que le col, et ces dernières, dans ce cas, deviennent tout à fait secondaires.

Les déchirures qui intéressent le vagin sont relativement rares, et, le plus souvent, elles sont dues à des manœuvres obstétricales.

Au contraire, les déchirures limitées au col sont, de toutes, les plus fréquentes, et nous nous sommes déjà expliqué sur leur mode de production. Elles peuvent atteindre des degrés divers. Souvent réduites à de simples fissures (et nous avons vu que la plupart des femmes n'en étaient pas exemptes), elles peuvent atteindre une plus grande profondeur, intéresser tout ou partie de la couche musculaire et s'étendre jusqu'à l'insertion du vagin; elles remontent, en général, plus haut sur la face interne que sur la face externe.

2° *Forme et direction des déchirures.*— Les lacérations cervicales sont verticales, obliques ou transversales.

Les déchirures verticales sont, de toutes, les plus communes, et dans ces dernières rentrent les fissures qui, d'après Simpson, accompagnent tout accouchement; ce sont aussi celles qui doivent le plus attirer l'attention des chirurgiens. Nous en avons déja parlé précédemment; nous y reviendrons dans une autre partie de notre travail, lorsque nous étudierons leur traitement.

La rigidité, l'extensibilité insuffisante du col sont les causes les plus ordinaires des ruptures transversales. L'utérus, dans cette circonstance, peut être comparé à un entonnoir musculaire dont le fond serait formé par un anneau non élastique. Le fœtus, poussé par les contractions utérines contre cet anneau, tendra à le détacher, à le repousser en bas; les fibres utérines longitudinales exerceront sur l'orifice supérieur une traction en haut; le col, soumis à ces deux forces opposées, cèdera sur les points de sa paroi qui offriront le

moins de résistance et sur une étendue qui embrasse quelquefois la presque totalité de la circonférence cervicale.

Le même fait peut se produire par l'usage intempestif de l'ergot de seigle.

CHAPITRE II

DE L'ÉVOLUTION DES LACÉRATIONS DU COL ET DE LEUR INFLUENCE SUR L'ORGANISME.

La marche, la durée, la terminaison des lacérations varient considérablement selon qu'elles sont plus ou moins étendues et aussi selon le siège qu'elles occupent.

Le plus généralement, lorsqu'elles sont réduites à de simples fissures ou qu'elles sont peu profondes, elles guérissent spontanément, donnant au col l'aspect qui permet de différencier celui d'une multipare de celui d'une nullipare.

Emmet, Wing, Jacobi, Shrœder, Atthil admettent cette guérison spontanée comme la règle dans les déchirures légères. Il est inutile d'ajouter que les soins de propreté, les lavages fréquents et antiseptiques seront encore des conditions favorables à la rapidité de leur réparation.

On a remarqué que les lacérations qui siègent sur les parois antérieure et postérieure du col guérissent plus facilement que celles qui siègent sur les parties latérales.

« Nous croyons, dit M. Jacquelot, qu'il faut chercher la »cause de ce phénomène dans la distribution des vaisseaux »lymphatiques qui convergent en plusieurs troncs sur le »bord de l'organe et qui, par conséquent, se trouvant plus di»rectement lésés dans les déchirures latérales, offrent une »voie plus largement ouverte à l'absorption des produits »irritants. »

Cependant, on peut encore voir la guérison survenir spontanément, même dans les déchirures latérales, et elle se

produit plus facilement lorsque la lésion n'intéresse que le bord des lèvres. Il n'en est pas de même lorsque les lacérations sont plus profondes et s'éloignent des bords. Si l'on a pu voir ces dernières guérir sans intervention, ce n'a été que dans des cas fort rares, et le plus généralement la réparation se fait par la formation d'un tissu cicatriciel qui provoque l'atrophie du col, comme cela se rencontre chez les femmes d'un âge avancé qui ont eu plusieurs grossesses.

Si la déchirure intéresse toute l'épaisseur du col, il se formera séparément sur chaque lèvre de la lésion une véritable enveloppe de tissu cicatriciel qui viendra bien affronter celui de la lèvre opposée, mais qui ne produira plus la réunion.

La cicatrisation de chaque bord se fera isolément, mais la déchirure persistera. On a pu voir des cas semblables ne provoquer aucun désordre, mais le plus souvent le col se tuméfie, entretient une congestion de l'utérus, lequel augmente de poids et présente par ce fait une plus grande facilité à se déplacer, à se dévier.

Ce n'est pas là une des causes les moins fréquentes du prolapsus utérin.

Lorsque la lacération est bilatérale, le corps est divisé par une fente transversale en deux portions : l'une antérieure qui pend dans la cavité vaginale, l'autre postérieure attirée en arrière, de telle façon que l'on ne voit plus la muqueuse extérieure et que c'est la muqueuse du canal cervical qui apparaît au fond du vagin. Cette disposition, qui constitue l'*ectropion* du col, donne à ce dernier un aspect singulier qui lui a valu les noms de col en *groin de porc*, en *museau de tapir*.

Emmet explique la formation de l'ectropion par la rétraction du tissu cicatriciel.

Quand la déchirure n'occupe qu'un côté du col, l'utérus subit une déviation qui élève le haut du corps : du côté de la déchirure, disent certains auteurs ; en sens inverse, affirment Bernutz et Martineau.

Pour M. Tédenat, on observerait l'un ou l'autre de ces deux mouvements, selon que l'on examinerait la malade à des périodes diverses de l'évolution inflammatoire. Dans une première période, l'utérus serait repoussé du côté sain par les tissus enflammés et tuméfiés, et plus tard, dans une seconde période, il serait attiré en sens inverse par la rétraction de ces tissus.

Toujours est-il que souvent l'on peut voir, par suite de ces déviations, la déchirure venir occuper la place de l'orifice externe et se présenter la première au doigt de l'explorateur.

L'on observe des cas de déchirure sans ectropion, avec allongement hypertrophique de la portion sous-vaginale du col. Quelquefois, dit M. Bouilly, « cet allongement est porté à l'extrême, le col est tout près de la vulve et une vaste encoche latérale témoigne d'une déchirure étendue.» Les lacérations peuvent devenir la cause de lésions membraneuses que l'on peut rattacher à la métrite chronique. Souvent, en effet, les bourgeons charnus qui tapissent les lèvres de la déchirure ne se cicatrisent pas ; il peut arriver, dit Emmet, que la dégénérescence graisseuse survienne, les surfaces sont ramollies et, au bout de quelque temps, la déchirure a disparu ou, pour parler plus exactement, elle s'est modifiée; elle est remplacée par des ulcérations d'étendue très variable, dont il nous a été donné de voir plusieurs cas dans la pratique de M. Chalot.

Ces lésions revêtent des caractères variables qui leur ont fait donner tour à tour les noms d'érosions, d'ulcérations, de granulations, de fongosités. Pour M. Bouilly (1), ces ulcérations «relèveraient toutes de deux conditions pathogéniques indispensables à leur production, à savoir: la déchirure de l'orifice utérin et la métrite. A mon sens, ajoute-il, il n'y a pas d'ulcération *vraie* du col de l'utérus sans déchi-

(1) Bouilly. Semaine médicale 1888.

rure de ce col produite par un accouchement ou une fausse couche.»

M. Bouilly nous paraît trop exclusif, et nous croyons pouvoir affirmer, d'accord en cela avec M. Chalot, qu'il est possible de voir cet état du col chez des femmes qui n'ont jamais été enceintes, et cette opinion s'appuie sur plusieurs observations rigoureuses parues, il y a quelques années, dans une thèse de Montpellier. Il s'ensuit qu'on ne sera pas absolument autorisé par la présence d'une ulcération avec hypertrophie de la muqueuse, des tissus sous-jacents et renversement de tous ces tissus, à conclure à l'existence d'une déchirure. Quoi qu'il en soit, on trouvera, à l'examen, un col de forme conique, à base répondant à l'orifice externe et à sommet dirigé vers le corps de l'utérus.

Ces divers états apportent dans l'organisme des troubles qui, d'abord simplement locaux, ne tardent pas à retentir sur la santé générale.

Conséquences locales. — La déchirure entretient une métrite chronique du col, contre laquelle échouent tous les traitements ; car, au lieu de les diriger contre la cause première, on ne s'occupe simplement que de l'effet. Aussi, si l'on a pu quelquefois obtenir des améliorations, on n'a pas tardé à voir les symptômes se reproduire. Il n'est pas rare de voir les lacérations cervicales se compliquer d'inflammation du tissu cellulaire contenu dans le petit bassin ou compris dans l'épaisseur du ligament large.

Lucas Championnière, Guérin, Martineau et Léopold (de Leipzig) en expliquent la production par la disposition des vaisseaux lymphatiques qui naissent en très grande abondance dans la muqueuse, le tissu musculaire et le tissu sous-séreux.

Les premiers sont simplement des lacunes lymphatiques anastomosées.

Ceux de la couche musculaire rampent vers les ligaments larges, en suivant le trajet des vaisseaux sanguins. Le tissu cellulaire, qui entoure le col dans l'intervalle situé entre les points de réflexion du péritoine et de la muqueuse vaginale, en renferme un grand nombre ; c'est du reste là que siège le phlegmon péri-utérin. Les vaisseaux séreux vont aboutir dans un ganglion que M. Lucas Championnière a signalé en dehors et en arrière du col.

Supposons, maintenant, que, sous l'influence de produits septiques ou manque de propreté, de fatigues, de traumatismes légers, il se produise une inflammation locale, et nous aurons toutes les circonstances capables de déterminer, par la voie des lymphatiques et des ganglions, des adénites, des adéno-phlegmons qui occuperont soit le ligament large, soit le tissu péri-utérin.

Beaucoup de vaisseaux lymphatiques sous-séreux, surtout vers les angles de l'utérus, sont en rapport immédiat avec le péritoine, et nous pourrons avoir une complication péritonéale qui sera d'autant plus grave qu'elle suivra de plus près l'accouchement ; car, si la déchirure est récente, les bords encore sanglants permettront l'absorption des produits septiques utérins plus facilement que lorsque la plaie sera organisée et recouverte d'une membrane mince granuleuse.

Conséquences générales.— Les lacérations du col par les altérations profondes qu'elles produisent peuvent entraîner des conséquences générales très graves. En 1880, Emmet, dans son traité *Principles and pratice of gynecology*, les considère comme une cause puissante de stérilité ; c'est aussi l'opinion de Spiegelberg.

Howitz ne pense pas que la déchirure puisse entraîner la stérilité, et il croit, au contraire, que l'orifice cervical, plus grandement ouvert, offrira un plus large accès aux spermatozoïdes et favorisera par suite la fécondation. Bien que la fécondation ait pu souvent se produire malgré les lacérations du col, nous n'admettons pas la théorie d'Howitz. Pour nous, la conclusion qui découle de ces diverses opinions est que, si la déchirure ne peut être par elle-même une cause absolue de stérilité, elle peut, soit en apportant un obstacle au coït (hémorrhagie et névralgie du col), soit en empêchant l'évolution des spermatozoïdes par les métrites catarrhales et les écoulements leucorrhéiques, rendre beaucoup plus difficile le fonctionnement normal des organes génitaux.

On a encore imputé aux déchirures la prédisposition aux avortements; cela tiendrait à ce que le segment inférieur de l'utérus, au lieu de se laisser distendre par le développement de l'œuf, cèderait et lui donnerait passage.

Pour Gaillard Thomas, ce fait serait dû aux irritations multiples des nerfs utérins. Il admet cependant que, malgré des déchirures assez étendues, la grossesse puisse arriver à une heureuse terminaison.

Pour Howitz, au contraire, l'avortement ne serait pas imputable aux déchirures, et il faudrait plutôt le rapporter aux flexions de l'utérus. La raison semble spécieuse, si l'on admet que les flexions utérines puissent être la conséquence des lacérations.

Plusieurs auteurs, et de ce nombre sont Emmet, Kaltenbach, ont vu dans l'ulcération une cause prédisposante du cancer de l'utérus. Veit, Galabin, Breisky en ont donné plusieurs observations. Si l'on considère qu'aucune partie du corps n'est aussi fréquemment le siège de formations néoplasiques et que l'on a vu souvent, chez les gens déjà prédisposés par leur hérédité, le cancer se présenter à la suite d'un trau-

matisme, il ne sera pas impossible d'admettre que les déchirures cervicales ne puissent au moins hâter l'apparition des tumeurs malignes.

Goodell, de Philadelphie, est si intimement persuadé de la possibilité de cet événement, qu'il n'a pas hésité à pratiquer l'amputation du col chez une femme présentant des ulcérations, et cela uniquement dans la crainte de voir survenir un cancer par suite d'antécédents héréditaires (*There was an history of cancer in the family*).

« Nous nous demandons, dit M. Fage, comment il se fait, vu le nombre considérable des déchirures qu'il est donné de trouver, que l'on n'observe pas plus souvent la présence simultanée d'une déchirure du col et d'une tumeur maligne.»

Etant donnée la divergence des opinions des auteurs et la réserve générale que l'on observe, il ne nous est pas possible de nous faire une opinion personnelle; mais nous nous permettrons cependant de trouver un peu hâtive, un peu audacieuse, la conduite de Goodell.

Emmet a vivement insisté sur une autre complication assez fréquente des déchirures utérines: les névralgies qui affectent le col, le corps de l'utérus ou encore des points plus éloignés; elles seraient dues, dit-il, à la constriction des filets nerveux par les tissus cicatriciels, elles peuvent siéger sur la déchirure même, et, dans ce cas, le toucher provoque souvent une violente exacerbation de la douleur.

Le tissu cicatriciel peut bien jouer un rôle dans la névralgie siégeant sur le col ou dans le voisinage; mais est-on bien en droit de lui imputer les névralgies sympathiques éloignées et ne sait-on pas que beaucoup de femmes, à chaque période menstruelle et en dehors de toute ulcération, présentent les mêmes phénomènes nerveux? Il sera donc souvent très difficile de se prononcer et de porter un diagnostic bien exact.

« Il est, dit M. Cot dans sa thèse inaugurale, une dernière conséquence de la déchirure du col utérin qui m'a été signalée par M. le professeur Dumas (de Montpellier). Je veux parler des hémorrhagies tardives se produisant après l'accouchement en dehors des époques menstruelles. Une première hémorrhagie a lieu au moment même de la production de la déchirure ; plus tard, vers le 8e, le 15e, le 20e jour, nouvelles pertes inquiétantes. M. Dumas pense que, dans ce cas, l'hémorrhagie doit être rapportée à la chute d'une eschare. Si la perte sanguine était peu abondante, on pourrait l'attribuer à la friabilité des gros bourgeons charnus qui s'élèvent sur les lèvres de la déchirure ; mais une hémorrhagie si grave ne peut être due qu'à la lésion d'un gros vaisseau. »

On pourra peut-être nous reprocher d'avoir exagéré la gravité des complications qui peuvent suivre les déchirures cervicales. A cela nous répondrons que si d'une manière générale le tableau n'est pas aussi sombre, il n'en est pas moins vrai que l'on a pu observer des cas graves accompagnés de toute cette escorte de phénomènes.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les déchirures se produisent en général sans signes bien déterminés. Robertson, Tyler Smith, admettaient cependant qu'au moment où la lacération se produit, la femme éprouve comme une douleur fixe au point lésé; M. Jacquelot déclare avoir plusieurs fois assisté à la production de ces déchirures et n'avoir jamais remarqué que la femme ait à ce moment éprouvé une douleur particulière. Crantz et Leuret admettent quelques signes qui, après examen, se confondent avec les symptômes qui indiquent une parturition lente et prolongée.

Une fois l'accouchement terminé, la déchirure peut être accusée par des signes d'une plus grande valeur. Telle est, par exemple, l'hémorrhagie, qui, inaperçue ou faible au moment même de sa production, devient plus abondante et peut même prendre, quoi qu'en dise le docteur Byrne, un caractère alarmant.

On s'explique facilement que pendant le passage du fœtus, les vaisseaux sanguins comprimés ne puissent produire l'hémorrhagie; mais une fois que cette cause sera supprimée, c'est-à-dire après l'accouchement, les vaisseaux, reprenant leur forme normale, donneront libre cours au courant sanguin.

On pourrait attribuer cette hémorrhagie au décollement du placenta et à la non rétraction de l'utérus; mais la palpation de l'abdomen serait un excellent moyen de diagnostic.

Néanmoins, il sera quelquefois difficile de se prononcer, car l'examen direct au spéculum, immédiatement après l'accouchement, est difficilement supporté. Les organes génitaux, fortement froissés pendant le passage du fœtus, sont encore très douloureux; aussi n'est-ce que dans le cas d'hémorrhagie violente, incoercible, que l'on devra examiner directement le col.

Quand la déchirure est produite en dehors de toute intervention obstétricale, l'accouchement, qui jusqu'alors était lent et progressif, avancera plus rapidement par suite de l'agrandissement brusque de l'orifice cervical; mais quand on voit la rapidité avec laquelle accouchent certaines multipares, on ne pourra se baser sur ce fait pour conclure à une déchirure.

En dehors des hémorrhagies graves qui peuvent se produire instantanément, ce ne sera guère que dans la suite, à une époque plus ou moins éloignée, que se manifesteront les troubles fonctionnels consécutifs aux lacérations de quelque importance. Nous en avons déjà parlé précédemment, nous n'y reviendrons pas.

Avant d'arriver à l'exploration directe et immédiate, on aura en général déjà une forte présomption, grâce au récit de la malade elle-même.

Nous nous permettrons de reproduire le tableau clinique suivant qu'en donne M. Jacquelot:

«Une femme vient vous trouver et vous raconte qu'elle est accouchée depuis six mois, un an, ou davantage; que sa couche s'est passée d'une façon médiocrement satisfaisante, souvent avec difficulté; que l'accoucheur a été obligé d'intervenir par le forceps ou la version; qu'elle a été longue à se rétablir, sans du reste y être jamais arrivée complètement. Depuis cette époque, elle a toujours souffert dans le bas-ventre, la marche lui est pénible, elle a une leucorrhée abon-

dante, ses règles ne sont plus régulières comme autrefois, mais elles sont plus fréquentes, plus abondantes. Elle voit ses digestions troublées, elle souffre des maux de tête, de névralgies diverses; elle a peut-être fait une ou deux fausses couches. Touchez alors la malade, vous lui trouverez un col gros, congestionné, douloureux à la pression ; circonscrivez ses bords avec le doigt, examinez attentivement surtout les extrémités de son diamètre transversal. Dans bien des cas, vous trouverez la cause trop souvent inaperçue, trop souvent négligée de tous ces désordres : une déchirure plus ou moins profonde, simple, double ou multiple, est la cause de tout le mal. »

On trouvera, en un mot, plusieurs des symptômes que nous avons étudiés dans le chapitre précédent, et, bien que ces symptômes ne puissent pas toujours se prêter à une interprétation rigoureuse, ils n'en seront pas moins utiles pour guider le diagnostic.

La leucorrhée est un des signes que l'on rencontre le plus généralement. Elle peut être plus ou moins abondante, et les tempéraments scrofuleux, lymphatiques ou anémiques y sont le plus sujets. Souvent, c'est le seul symptôme qui se manifeste. Le liquide est épais, visqueux, irritant et produit de l'érythème sur les points qu'il touche, tels que la vulve, les cuisses.

L'écoulement menstruel est quelquefois augmenté, d'autres fois il est complètement supprimé ou simplement diminué; mais il est rare qu'il n'y ait point quelque trouble dans la régularité de la menstruation ; les époques cataméniales sont généralement retardées.

Nous avons déjà signalé les névralgies et les divers sièges qu'elles peuvent occuper. On les voit quelquefois siéger en des points très éloignés. Elles peuvent être mobiles, ambulantes. Ainsi, nous avons pu voir une femme qui avait tou-

jours joui d'une santé excellente jusque-là, se plaindre quatre à cinq mois après son dernier accouchement, à chaque retour menstruel, de violentes névralgies, siégeant, tour à tour, dans les espaces intercostaux, sur les épaules et surtout sur les côtés du cou et le côté gauche de la face. Tant que duraient les règles (quatre ou cinq jours environ), c'étaient des souffrances intolérables qui résistaient à tous les moyens thérapeutiques, et qui du reste disparaissaient spontanément et complètement dans l'intervalle des époques cataméniales.

A l'examen direct, on trouva un col gros, tuméfié, fongueux et présentant sur le côté gauche une assez large déchirure légèrement douloureuse au toucher. Nous avons perdu depuis la malade de vue.

Les troubles digestifs ne sont pas rares. Les malades ont des vomissements, de l'anorexie, de la dyspepsie, de la constipation ou de la diarrhée, et souvent l'on pourrait se croire en présence d'une grossesse commençante.

Mais quelque importance que l'on puisse attribuer collectivement à tous ces symptômes, on ne sera autorisé à se prononcer d'une façon absolue qu'après avoir pratiqué un examen plus rigoureux par le toucher ou le spéculum, et encore mieux par le toucher et le spéculum réunis. Mais nous nous permettrons cependant de faire observer que si l'on peut toujours recueillir les symptômes rationnels, il est des cas où il n'est pas possible, ou du moins, où il est très difficile de pratiquer les investigations directes. Si les populations urbaines, plus intelligentes, ou les malades des hôpitaux s'y prêtent assez facilement, il n'en est pas de même des populations rurales, qui éprouvent pour le spéculum une répugnance qu'on ne pourra pas toujours arriver à vaincre.

Quoi qu'il en soit, voici les signes que le toucher vaginal permettra de reconnaître:

Le doigt, porté sur le col, pourra en apprécier le volume,

la forme, et s'il présente quelque déchirure, le doigt s'y enfoncera plus ou moins profondément. On pourra également en déterminer le siège, le niveau et la direction: c'est là une chose très importante.

L'ectropion sera reconnu à la sensation particulière qu'il donne au doigt. Emmet l'a comparé, avec beaucoup d'exactitude, à un champignon dont le chapeau serait représenté par les bords du col et l'orifice externe, et dont la queue serait dirigée vers l'utérus. En portant le doigt sur le pourtour du museau de tanche, on pénètrera dans les culs-de-sac vaginaux. La circonférence extérieure du col donne une sensation particulière de dureté : en arrière, on trouve une dépression indiquant que le col présente, au-dessus de ce bourrelet dur, un diamètre moindre que sa portion inférieure.

Nous avons déjà dit que la flexion de l'utérus pouvait amener la déchirure à la place de l'orifice externe, ce qui pourrait donner lieu à une fausse interprétation. Aussi devra-t-on s'assurer en même temps de la position de l'utérus et examiner s'il n'y a pas déviation, prolapsus ou toute autre position vicieuse.

Spéculum.— Enfin, l'examen au spéculum viendra utilement compléter les indications que l'on aurait déjà recueillies par les autres procédés d'investigation, et il permettra d'apprécier l'étendue de la lésion et de juger de l'opportunité d'une intervention opératoire.

Le spéculum ordinaire cylindrique ne peut, on le comprend sans peine, servir utilement, les deux valves sont trop dépendantes l'une de l'autre et ne permettent pas une assez grande liberté de mouvement.

On aura donc à choisir entre le spéculum de Sims et celui de Cusco. Bien que l'on puisse se servir indifféremment

de l'un et de l'autre, il est bon cependant de faire remarquer que le premier présente quelques inconvénients. Outre que la position dite position de Sims, sur laquelle nous n'insisterons pas, que l'on est obligé de donner à la malade, est très fatigante pour cette dernière, l'usage de ce spéculum nécessite l'emploi d'érignes destinées à pincer les deux lèvres de l'ectropion pour les ramener en avant et rend un aide indispensable. La petite piqûre qui en résulte ne serait pas, à vrai dire, une raison suffisante pour le faire rejeter; mais nous croyons cependant que l'emploi du spéculum de Cusco est plus avantageux et pour l'opérateur et pour l'opérée.

Quant à la femme, on la fait placer dans le décubitus dorsal, position de toutes la moins fatigante.

L'opérateur, peut d'abord se passer d'aide ; de plus, il peut avec le spéculum, sans intermédiaire d'autre instrument, réduire l'ectropion du col. Pour cela, il faudra introduire d'abord les valves, et cela une fois fait, on les fera, en haut et en bas, passer en arrière du bourrelet de l'ectropion; ensuite on les resserrera légèrement, de façon à ce que les extrémités des deux valves se rapprochent l'une de l'autre; on arrête l'écartement en serrant la vis ; puis, en tirant lentement à soi, on entraînera les deux lèvres ectropiées et on les mettra en rapport. On pourra juger ainsi de l'importance de la déchirure et de l'étendue de la surface à aviver. C'est là le procédé clinique le plus généralement mis en usage et le plus facilement praticable.

Il ne sera pas toujours facile de reconnaître à première vue les lacérations du col et l'on aura quelquefois à faire le diagnostic différentiel de ces lésions et des autres affections qui peuvent présenter les mêmes symptômes.

De ce nombre, la plus fréquente sera la métrite chronique avec ulcération du col.

Néanmoins, un examen rigoureux permettra de lever la

difficulté; car, quelle que puisse être en certains cas l'analogie des phénomènes que présentent ces deux états pathologiques, il est cependant des signes qui appartiennent spécialement à chacun d'eux.

Dans la métrite chronique, par exemple, on pourra bien trouver un col hypertrophié, granuleux, ulcéré et légèrement ectropié. Mais tandis que dans la déchirure le col est conique et va en diminuant, dans la métrite chronique, au contraire, il est uniformément hypertrophié et irait plutôt en augmentant vers l'utérus.

Du reste, le spéculum de Cusco dans ce cas serait un excellent moyen de diagnostic. Nous avons vu, en effet, que dans le cas de déchirure, les lèvres du col pouvaient être facilement ramenées en avant; dans la métrite chronique, on pourra aplatir le col, mais on ne parviendra pas à réduire l'ectropion.

On pourrait enfin avoir, dans certains cas, à différencier les lacérations, surtout lorsqu'il s'est déjà produit des fongosités volumineuses d'avec des tumeurs malignes; mais, dans ce cas, on trouvera souvent des caractères soit généraux, tels que la cachexie cancéreuse, soit locaux, tels que les suintements ichoreux, fétides, et les métrorrhagies, qui permettront de se prononcer. Du reste, l'on pourrait toujours avoir recours à l'examen microscopique.

En résumé, l'on pourra quelquefois être dans le doute; mais, le plus généralement, le diagnostic ne présentera aucune difficulté.

Pronostic.— Nous avons déjà vu quelles pouvaient être l'évolution, la conséquence et la terminaison des déchirures cervicales: le pronostic découle donc naturellement de l'étude précédente; aussi, nous ne nous y arrêterons pas.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT.— TRACHÉLORRHAPHIE

Nous avons vu, au début de ce travail, que les opinions des auteurs sur l'opération d'Emmet étaient fort divergentes. Les uns veulent l'employer à tout propos et prétendent qu'en dehors de la trachélorrhaphie il n'y a pas de guérison possible; les autres, au contraire, veulent qu'elle soit absolument inutile et que l'on puisse arriver au but par des moyens plus simples.

Ces deux opinions sont également excessives et il y aurait, selon nous, un moyen terme.

Qu'y a-t-il de bon ou de défectueux dans chacune de ces théories? c'est ce que nous nous proposons d'examiner dans ce chapitre. Faudra-t-il, avec les premiers, se hâter de pratiquer l'opération, ou bien attendra-t-on indéfiniment avec les derniers, que les moyens préconisés par eux aient produit le résultat attendu ?

On pourrait, sans inconvénient pour la malade et sans détriment pour la rapidité de la guérison, concilier dans une juste mesure ces deux opinions diverses.

Kaltenbach propose la suture immédiate des lacérations, et il dit avoir obtenu des succès. Nous condamnerons avec M. Jacquelot cette façon d'agir. A quoi bon aller pratiquer, dans des conditions très défavorables et sans utilité encore reconnue, une opération qui a pour but d'empêcher des phénomènes qui ne se seraient peut-être pas produits et de guérir une lésion qui eût peut-être pu se réparer toute

seule; car nous avons vu que la guérison spontanée n'était pas rare et que les troubles apportés dans l'organisme par le fait d'une déchirure ne se manifestaient pas immédiatement après l'accouchement. Dans des conditions semblables, nous ne voyons aucune nécessité de se presser. Mais en attendant que l'on puisse se prononcer sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale, quel sera le traitement à instituer?

Il faudra d'abord parer aux premiers dangers inhérents à la puerpéralité, tels que le contact prolongé des produits septiques rejetés par l'utérus, et l'on combattra préventivement les phlegmasies de toutes sortes qui se produisent avec une si grande facilité.

L'emploi d'une antisepsie rigoureuse nous paraît indiqué: on fera donc des lavages répétés à l'eau phéniquée à 25 $^{0}/_{00}$ ou de préférence avec l'eau sublimée au $\frac{1}{2000}$.

Ces moyens, tout en jouant le rôle de prophylactiques puissants, favoriseront en même temps la réunion spontanée des lacérations.

On ne serait autorisé à intervenir et à pratiquer la suture immédiate que dans des cas extrêmement graves, comme par exemple les hémorrhagies réfractaires à tout autre moyen hémostatique.

Nous avons déjà dit, du reste, que ce n'était guère que dans ce cas que l'on pouvait supposer, immédiatement après l'accouchement, l'existence d'une déchirure; or, comme d'un autre côté il est de règle aujourd'hui de pratiquer chez toute nouvelle accouchée les lavages antiseptiques, le rôle du médecin sera pour le moment très facile.

Il n'en sera pas de même plus tard, lorsque les troubles généraux commenceront à se manifester.

Généralement, lorsque la malade vient demander les conseils du médecin, la lésion date déjà de quelque temps: elle

est souvent assez ancienne pour que la réparation eût pu se faire si la guérison avait dû être spontanée.

Quelle sera, dans ce cas, l'attitude du médecin; devra-t-il se contenter d'employer des topiques locaux ou proposera-t-il d'emblée l'intervention chirurgicale?

Une opération chirurgicale, si simple qu'elle soit, est toujours difficilement acceptée, et c'est toujours chose assez grave pour que l'on doive en bien peser les indications et les contre-indications avant de s'y résoudre. Nous allons examiner les divers cas dans lesquels l'abstention doit être la règle, et ceux au contraire qui sont justiciables de la trachélorrhaphie.

Contre-indications. — Nous retrouvons encore ici la diversité d'opinions que nous avons déjà signalée plus haut.

Plusieurs auteurs considèrent comme contre-indication l'absence de toute complication pathologique. Breisky, Skene, Goodell, Munde veulent que l'on opère, toujours par crainte de complications ultérieures.

Nous croyons qu'il sera assez difficile d'intervenir dans ce cas, attendu que la malade, n'éprouvant aucun symptôme fâcheux, n'ira pas consulter le médecin pour une lésion dont elle n'a pas à se plaindre et dont le plus souvent elle ignore elle-même l'existence. Du reste, lors même que par un hasard fortuit, on viendrait à découvrir une lacération, il serait assez malaisé de faire accepter par la malade une opération, à la nécessité de laquelle elle se refuserait à croire.

On devra encore s'abstenir, sous peine de les aggraver, lorsque l'on se trouvera en présence de complications pelviennes (phlegmons péri-utérin, du ligament large, pelvi-péritonite, ovarite). Goodell, cependant, a opéré plusieurs fois dans ce cas, et les résultats ont été favorables. Il s'appuie, pour justifier son intervention, sur ce fait que les périodes

menstruelles provoquent une exacerbation des inflammations pelviennes, par suite de l'action irritante du flux cataménial sur le col malade ; il s'ensuit que si l'on supprime cette cause d'irritation par la guérison du col, on diminuera l'intensité des phénomènes inflammatoires.

Indications. — D'une manière générale, l'on devra intervenir chaque fois que les autres modes de traitement auront été insuffisants.

L'étendue, le siège de la déchirure pourront donner des indications d'une certaine valeur. Bien que l'on ait pu citer des exemples de déchirures assez profondes, ne provoquant pas de troubles dans l'organisme, il n'en reste pas moins vrai que c'est le plus souvent à ces sortes de déchirures plutôt qu'à des lacérations superficielles que l'on doit imputer les phénomènes pathologiques dépendant de divisions du col, et on les opèrera d'autant plus rapidement qu'elles s'étendent plus haut, vers l'utérus ou le cul-de-sac vaginal.

Nous avons vu que le siège jouait un grand rôle dans l'évolution des cicatrices : les déchirures qui étaient antérieures ou postérieures avaient une plus grande tendance à guérir spontanément que celles qui occupaient les bords latéraux.

Nous savons déjà comment se comportent ces dernières ; aussi ne devra-t-on pas hésiter à les opérer, surtout si l'état général de la malade devenait mauvais. L'ectropion avec son escorte de troubles généraux retentissant sur la santé devra aussi engager le chirurgien à tenter l'opération.

Shrœder et Baker conseillent d'intervenir dans le cas de leucorrhée abondante.

Faudra-t-il pratiquer la trachélorrhaphie en vue de faire cesser la stérilité ou de supprimer une cause d'avortement ?

La conduite à tenir dans ce cas sera le plus souvent une

affaire d'appréciation personnelle, selon les circonstances présentes.

En un mot, il faudra surtout tenir compte des troubles fonctionnels, et c'est le plus ou moins de gravité de ceux-ci plutôt que l'importance apparente des lésions locales qui devront guider le médecin dans la conduite à tenir.

Celui-ci devra souvent considérer qu'avec beaucoup de précautions, l'opération d'Emmet devient une opération sans danger, et, s'inspirant de l'intérêt de la malade, il ne devra pas hésiter à intervenir, s'il croit par ce moyen pouvoir arriver à un résultat qu'un long traitement aurait été insuffisant à produire. Emmet conseille d'employer le traitement préparatoire suivant, avant de pratiquer la trachélorrhaphie : La femme devra rester au lit pendant quelques semaines, éviter soigneusement pendant ce temps toute cause d'excitation génitale et faire deux à trois fois par jour, pendant un quart d'heure chaque fois, des injections vaginales avec de l'eau aussi chaude qu'il sera possible de la supporter. Pour pratiquer ces injections, la femme sera dans le décubitus dorsal, en ayant soin d'élever le bassin au-dessus du reste du corps; cette position favorise la déplétion sanguine des organes pelviens, et l'on connaît l'action puissamment hémostatique qu'exerce l'eau très chaude sur l'organe de la gestation.

On traitera les ulcérations qui pourraient se rencontrer sur la surface vaginale du museau de tanche, après réduction de l'ectropion, par les astringents, les cautérisations légères au nitrate d'argent, au chlorure de zinc, à l'acide azotique, etc.

Il faudra aussi faire disparaître, s'il en existe, les kystes folliculaires. Pour cela on les percera successivement, chaque matin, au moyen d'une aiguille ou d'un long bistouri, et l'on fera ensuite sur la surface du col des badigeonnages à la

teinture d'iode, ou encore l'on pourra appliquer un tampon de ouate imbibé de glycérolé de tannin.

Si l'on trouve des symptômes d'inflammations pelviennes, de cellulites quelconques, il faudra d'abord les combattre avant de pouvoir agir.

Ce traitement, recommandé par Emmet, est très rationnel; mais il a le tort d'être un peu long. Quelques chirurgiens pratiquent la trachélorrhaphie sans autre traitement préalable. Il est certain que si l'on peut agir ainsi dans certains cas, le plus souvent on sera obligé d'employer les moyens antiphlogistiques pendant un temps qui pourra varier selon le cas et le sujet.

On pourra avantageusement instituer, en même temps que le traitement local, un traitement général tonique: on donnera le fer, le quinquina; on pourra aussi, selon les conseils du docteur Cortiguera, joindre à ces moyens l'emploi de l'hydrothérapie tonico-calmante ou excitante, selon le cas.

Trachélorrhaphie ou opération d'Emmet

La trachélorrhaphie, d'une manière générale, consiste dans l'avivement des bords d'une déchirure cervicale et dans leur affrontement maintenu fixe par des sutures.

Voici, d'une manière très rapide, le manuel opératoire primitivement recommandé par le gynécologiste américain : La femme étant dans le décubitus latéral gauche, le spéculum de Sims une fois introduit, on fait sur le col, le plus haut possible, une compression linéaire au moyen d'un tourniquet, dans le but d'empêcher l'hémorrhagie. On fixe l'utérus avec une érigne, on avive les surfaces en sectionnant d'un coup de ciseau un pli de la muqueuse soulevée au moyen d'une pince spéciale.

On aura soin de commencer l'avivement par les parties profondes.

Les surfaces une fois dénudées, on les rapproche et on les maintient en rapport au moyen de 3, 4 ou 5 points de sutures métalliques profondes. Les sutures seront laissées en place 8 ou 10 jours.

D'abord suivi point par point, ce manuel opératoire a dû subir diverses modifications pour répondre à certaines indications particulières.

Wing, en 1876, ajoute simplement l'emploi des anesthésiques.

En 1877, Skene, dans le cas de déchirure bilatérale avec ectropion, se contente d'affronter simplement les bords sans faire l'avivement préalable, et il remplace les fils d'argent par des fils de soie.

En 1877, Emmet, dans un cas de déchirure bilatérale, se contente de modifier la disposition des fils et il les place horizontalement, en les serrant, sur les parties latérales au lieu de les placer sur un plan vertical.

M. Tarnier (1), en 1880, opéra de la façon suivante :

1er Temps.— La malade est couchée dans le décubitus latéral droit, la déchirure se trouve ainsi dirigée directement en haut.

La paroi postérieure du vagin est écartée par le spéculum de Sims, et le col de l'utérus abaissé à l'aide d'une pince de Museux.

Pour aviver les lèvres de la déchirure, M. Tarnier se sert d'un bistouri muni d'un long manche et construit de telle sorte que la lame, longue de 1 centim. et demi et large de 1 demi-centim. à sa base, est tranchante par les deux bords et fait un angle droit avec le manche. A l'aide de cet instru-

(1) Bar. (Annales de gynécologie 1880).

ment, Tarnier transfixe le museau de tanche à l'angle supérieur de la déchirure.

Ensuite la lèvre antérieure du col est avivée par un coup de ciseau jusqu'au point créé par la transfixion dont nous venons de parler. L'avivement de la lèvre postérieure fut plus difficile, parce qu'elle était indurée par du tissu cicatriciel, et il fallut se servir tantôt du bistouri droit, tantôt des ciseaux.

La perte de sang a été très faible.

2me Temps.— L'avivement étant complet, M. Tarnier place quatre fils d'argent.

Soins consécutifs.— Chaque jour, injection vaginale d'eau phéniquée au $^1/_{40}$.

Il ne peut exister de procédé opératoire rigoureux, et l'on comprendra aisément que souvent le chirurgien sera obligé de modifier, selon les circonstances, le procédé primitif.

Nous allons tâcher cependant d'indiquer un manuel opératoire qui puisse s'adresser au plus grand nombre de cas.

Nous nous sommes beaucoup inspiré de la description donnée par M. Jacquelot; nous croyons utile cependant d'y apporter quelques petites modifications.

Soins préliminaires.— La veille du jour où l'opération devra être pratiquée, la malade prendra une légère purgation afin de vider le tube digestif des matières qu'il contient. Le matin, on lui administrera un lavement simple et on aura soin de la faire uriner ou de la sonder.

Position à donner à la malade.— Les Américains préfèrent la position de Sims. Bien que cette position soit de toutes la

plus commode pour le chirurgien, nous n'hésiterons pas cependant à lui préférer le décubitus dorsal qui a l'avantage de fatiguer beaucoup moins les malades et que celles-ci préfèrent toujours.

Le lit à spéculum ordinaire offrant un plan résistant et des pédales pour soutenir les membres inférieurs est ce qu'il y a de plus commode pour installer la malade.

Néanmoins, comme il n'est pas toujours possible d'avoir à sa disposition un lit à spéculum et que l'on ne peut guère s'en servir que dans la clinique hospitalière, l'on devra, dans ce cas, avoir deux aides pour soutenir les jambes.

Anesthésie.— Recommandée par quelques auteurs, elle peut être généralement considérée comme une précaution de luxe. Le col de l'utérus atteint de déchirure est bien toujours un peu plus sensible qu'à l'état sain; néanmoins, dans les opérations que j'ai vues pratiquer sur cette région par M. Chalot, je n'ai jamais vu faire d'anesthésie, et les malades supportaient assez facilement la souffrance.

Avant de procéder à l'opération, nous ne saurions trop conseiller une antisepsie rigoureuse. Voici le moyen employé par M. Chalot et qui a toujours donné de bons résultats; on lave soigneusement la vulve et les parties voisines avec de l'eau chaude stérilisée par l'ébullition et que l'on antiseptise avec du sublimé dans la proportion de $\frac{1}{5000}$. Il suffira pour cela d'étendre 250 grammes d'une solution sublimée au $\frac{1}{1000}$ dans 1 litre d'eau bouillie. Pour rendre le lavage encore plus efficace, on se sert de savon antiseptique.

On devra aussi, au moyen d'un irrigateur et d'eau sublimée très chaude, laver longtemps et soigneusement le vagin et le col, de façon à ce que l'eau aille jusque dans les moindres replis.

Une fois toutes ces précautions prises, on pourra procéder

à l'opération.

Voici, dit M. Jacquelot, quels sont les instruments nécessaires :

Spéculum de Sims ou de Bouveret.
Une longue pince de Museux.
Six pinces hémostatiques.
Un bistouri droit à lame étroite.
Ciseaux droits et courbes.
Pince à dents de souris.
Aiguille de Reverdin courbe.
Aiguilles courbes de trousse, longues et courtes.
Porte-aiguilles.
Pince à torsion.
Fil d'argent moyen ou crin de Florence.
Nous y ajouterons :
Deux bistouris à lame courbe de Richelot.
Une aiguille courbe tubulée de Sims.
Une paire de ciseaux croisés.

Manuel opératoire.—Nous le diviserons, avec M. Jacquelot, en trois temps : 1° mise à nu et fixation du col ; 2° avivement ; 3° application des sutures.

Premier temps.— Mise à nu et fixation du col.— La malade une fois placée dans la position que l'on aura choisie, on introduit dans le vagin le spéculum de Sims ou de Bouveret, on saisit le col avec une pince de Museux et, ajoute Jacquelot, «après avoir retiré le spéculum, on l'attire au ras de la vulve où il sera à peu près facile de pratiquer l'opération. Cette manœuvre de l'abaissement nous paraît indispensable; l'abaissement du reste ne présente pas de grands inconvénients.» Nous ne partageons pas la même opinion. Nous avons vu pratiquer l'opération d'Emmet par M. Chalot, et nous avons pu nous rendre compte que l'abaissement du col

n'est pas chose si facile. Du reste, les tractions ont pour résultat de déformer le col, ce qui peut induire en erreur et être une mauvaise condition de réussite. Il ne faudra pas non plus laisser le col en place, l'opération présenterait des difficultés inouïes. Nous conseillerons donc d'abaisser le col, mais d'une façon modérée, et de ne pas tenter de l'amener à la vulve.

Le col une fois fixé dans cette position, on confie la pince de Museux à un aide et on passe au second temps. Les Américains ont pour habitude de traverser le col par un fil de soie et d'enlever la pince de Museux; ce fil sert à maintenir l'utérus, il présente l'avantage de n'être pas encombrant et de laisser aux lèvres une certaine laxité dont le chirurgien a besoin pour manœuvrer à l'aise. Nous ne pensons pas néanmoins que ce soit là une chose fort utile, et c'est toujours une perte de temps lorsque le col est dur, scléreux et ne se laisse que difficilement traverser.

Deuxième temps.— Avivement.— Après avoir encore une fois lavé le col, le chirurgien, armé d'un bistouri à lame courbe et étroite, transfixe les tissus le plus près possible de l'angle des lacérations, le dos de l'instrument tourné vers cet angle et le tranchant vers l'extrémité libre du col. L'hypertrophie et l'inversion donnant aux lèvres du museau de tanche une forme sphérique, le bistouri devra être enfoncé obliquement dans la direction de la cavité cervicale, de manière à tailler en biseau le bord de la déchirure. Alors, avec des mouvements de scie, on sectionne doucement jusqu'au bout du col, en laissant l'orifice externe de la cavité cervicale que l'on va reconstituer, plus large que le reste de cette cavité, car la disparition de l'hypertrophie, qui est surtout marquée à l'extrémité libre, rétablira les proportions normales.

On avive l'autre lèvre de même façon, puis, avec les ci-

seaux courbes, on excise soigneusement le tissu compris dans l'angle. Nous insistons tout particulièrement sur ce point, car c'est là qu'on rencontre le plus de dureté et de résistance à l'action du tranchant, comme aussi c'est là que la réunion fait le plus souvent défaut. Quand il y a une hypertrophie très prononcée, Munde recommande d'exciser une portion des lèvres du col.

On agirait de même de l'autre côté, dans le cas de déchirure bilatérale. Nous avons déjà dit que Skene supprimait le 2e temps et se contentait d'affronter et de suturer les lèvres. Tarnier a obtenu un succès dans un cas.

Le thermo-cautère de Paquelin pourra être employé ; mais dans le cas de tissus cicatriciels, durs ou scléreux, le bistouri lui est préférable.

3e Temps.— Application des sutures.— On pourra se servir d'aiguilles ordinaires bien montées sur porte-aiguille, mais le plus souvent il faudra avoir recours à des instruments plus solides, tels que l'aiguille de Sims ou l'aiguille courbe Reverdin.

On pourra employer le crin de Florence dans les déchirures dont les lèvres sont minces; si au contraire elles sont épaisses et tuméfiées il faudra lui préférer le fil d'argent.

Quel que soit l'instrument et le fil employés, on placera les sutures en commençant le plus près possible du bord interne des surfaces avivées et à une distance les unes des autres de 4 à 8 millimètres, selon l'étendue de la déchirure. Une fois toutes les sutures placées d'un seul côté, on fait la torsion des fils avec un tord-fil ou une pince à torsion ; si au contraire on se sert de crin de Florence, on fera deux nœuds en commençant d'abord par le nœud double du chirurgien. On agira de même façon du côté opposé dans le cas de déchirure bilatérale.

Tout étant terminé, on fera des lavages avec l'eau sublimée dans la proportion déjà indiquée, l'on s'assurera que les extrémités de fil ne pourront blesser la femme ; dans le cas contraire, on les réunirait par des bandelettes de diachylon.

Puis on appliquera sur la plaie suturée de la poudre d'iodoforme et l'on introduira un volumineux tampon de coton phéniqué dans la cavité vaginale.

Il faudra interdire tout mouvement actif à la nouvelle opérée et on la portera dans son lit qu'elle ne devra pas quitter d'au moins quinze jours. On pourra administrer quelques lavements simples ou purgatifs.

Ce n'est que vers le huitième ou dizième jour que l'on enlèvera les sutures, à moins de gonflement trop prononcé; dans ce cas, il faudrait enlever plus tôt un ou deux fils.

Si l'opération a été bien pratiquée et que l'on n'ait pas trop empiété sur la cavité cervicale, l'écoulement menstruel pouvant facilement se faire, le retour des règles ne sera pas une complication à craindre.

Pendant longtemps il faudra interdire les rapport sexuels, qui pourraient être une cause d'irritation, et l'on conseillera des injections antiphlogistiques et astringentes jusqu'à ce que tous les symptômes fâcheux aient disparu.

Suites de la trachélorrhaphie.— Cette opération donne de bons résultats ; mais il ne faudrait pas croire que les symptômes disparaîtront aussitôt que la réunion des bords de la déchirure sera complète.

Il est certain que les positions vicieuses, les inflexions de l'utérus ne se modifieront que très lentement. Il en sera de même de l'hypertrophie utérine et de l'écoulement leucorrhéique consécutifs aux lacérations cervicales.

La marche de la guérison pourra être plus ou moins rapide selon les sujets.

Il ne manque pas d'observations de femmes qui, stériles antérieurement à la trachélorrhagie, ont pu ensuite devenir enceintes et arriver à une heureuse terminaison sans production nouvelle de déchirure.

En résumé, quoi qu'en disent certains auteurs, l'opération d'Emmet se recommande assez par l'heureuse influence qu'elle exerce sur les troubles organiques et fonctionnels consécutifs aux lacérations, pour que l'on soit autorisé à la pratiquer toutes les fois que l'on peut en attendre un bon résultat, et cela d'autant mieux que les cas de mort sont extrêmement rares.

La raison que donnent quelques chirurgiens qu'elle ne réussit pas toujours et que, dans le dixième des cas environ, elle a un résultat négatif, n'est pas suffisante pour nous déterminer à nous abstenir.

Observation I.

(P. Bar).

Déchirure du col de l'utérus pendant l'accouchement.— Métrite consécutive durant depuis deux ans.— Opération d'Emmet (Annales de gynécologie).

La nommée Grimbergh, âgée de 21 ans, frangeuse, entre à la Maternité, salle de M. Tarnier, service de gynécologie, le 16 août 1880

D'une bonne santé habituelle, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans, et depuis cette époque les règles ont été très régulières.

Il y a deux ans, après une grossesse normale, elle est accouchée naturellement et rapidement. Depuis cette époque elle n'a pas cessé de souffrir dans l'abdomen, accusant pendant la marche de vives douleurs dans la région des reins, douleurs qui s'accentuaient surtout au moment des périodes menstruelles, pendant lesquelles la malade était obligée de garder le repos au lit.

Examen pratiqué le 17 août 1880. Le toucher vaginal permet de constater que sur le côté du museau de tanche, il existe une déchirure profonde qui s'étend de l'orifice externe au cul-de-sac latéral gauche du vagin. Quand on applique le spéculum de Cusco, les deux lèvres du museau de tanche s'écartent largement et laissent voir sur une grande étendue la muqueuse intra-cervicale qui présente une large ulcération d'apparence granuleuse.

Si on laisse les deux valves se rapprocher, les lèvres du museau de tanche finissent par s'appliquer l'une contre l'autre; mais pour obtenir ce résultat, il faut que la pression soit

assez forte, car, abandonnées à elles-mêmes, ces lèvres tendent à s'écarter en produisant une sorte d'ectropion.

A dater du 17 août, jusqu'au jour de l'opération, on fait dans le vagin, deux fois par jour, des injections d'eau à la température de 40° centigr. Les premières, sont assez pénibles, mais bientôt la malade les supporte sans douleur.

Le 24. Opération d'Emmet.

Le 24 au soir. Temp. 36°8. Le malade n'éprouve aucune douleur dans le ventre.

Le 25 matin. Quelques gouttes de sang s'écoulent par le vagin. Pas de douleur ; état général excellent. Temp. 37°.

Chaque jour, injection vaginale d'eau phéniquée au $^1/_{40}$. Compresses d'eau phéniquée sur la vulve.

Les 26-27. Rien de particulier.

Le 28. La malade a ses règles qui surviennent en avance sur la date supposée et qui durent jusqu'au 1er septembre. Contrairement à ce qui se passait avant, pas la moindre douleur.

2 septembre. Les quatre fils sont retirés, la réunion est parfaite et ne manque que tout à fait en bas sur une étendue de 2 millim. environ, confinant au bord gauche de l'orifice externe du col. Ce dernier a sa conformation normale et la muqueuse ne fait plus saillie entre les lèvres du museau de tanche, qui sont maintenant rapprochées.

Le 5. La malade sort guérie.

L'opérée ne ressent plus ni douleur ni pesanteur à la région hypogastrique. Tout fait espérer que la guérison est acquise, parce que depuis l'opération la malade n'a pas éprouvé la moindre douleur, même pendant ses règles, alors que les fils étaient encore place.

Observation II.

Déchirure latérale du col.— Opération d'Emmet par le Dr Houzel (Archives de tocologie 1887).

Femme de 28 ans, deux accouchements un peu pénibles et une fausse couche. Depuis le premier accouchement, douleurs dans le ventre surtout au moment des règles: leucorrhée habituelle. Momentanément améliorée par le traitement médical, elle est au lit depuis 6 mois, quand M. Houzel est appelé à la soigner. Il constate un ectropion des lèvres du col déchiré à droite; elles sont rouges et dures. L'utérus est en latéro-version.

En juillet 1885, M. Houzel avive au ciseau les lèvres de la déchirure et les réunit par quatre points de suture au fil d'argent. Pansement iodoformé. Injections phéniquées. Réunion parfaite. La malade va très bien depuis et n'a plus de leucorrhée. Ce bon résultat s'était parfaitement maintenu au bout de trois mois.

M. Houzel pense que la déchirure remontait au premier accouchement et doit être attribuée à la latéro-version. Elle explique la fausse couche.

Observations III, IV, V.

(Wilson, *in* New-York medical journal 1886. Cases of laceration of the cervix uteri with unique symptoms.)

La première malade avait un rein flottant qu'on accusait de produire des douleurs dans l'abdomen, de la céphalalgie

et de la photophobie. Un examen soigneux fit découvrir une large déchirure bilatérale du col. On la sutura, et dès lors les symptômes disparurent, quoique la malade eût toujours son rein flottant.

La deuxième malade fut envoyée à Wilson comme atteinte de cancer du rectum, douleur lombaire et céphalalgie, constipation, selles rubannées, douleur atroce pendant la défécation.

A l'examen au spéculum, Wilson trouva une large déchirure bilatérale du col. Il redressa l'utérus, *régularisa le col* et fit des applications astringentes sur l'ulcération rectale. La malade fut guérie.

La troisième malade souffrait d'une névralgie ovarique intense; elle avait une leucorrhée abondante et l'ovaire droit très gros. Elle avait tenté de se suicider. On diagnostiqua un pyosalpinx et on conseilla l'oophorectomie. La suture du col déchiré fit cesser tous les symptômes.

Observation VI.

(Tédenat, *Montpellier médical*, 1883)

Déchirure bilatérale.— Trachélorrhaphie

Mme D..., âgée de 26 ans, lymphatique, d'assez bonne constitution, a accouché depuis six mois. L'accouchement a été laborieux, bien que l'enfant ait été expulsé par les seuls efforts de la nature. Depuis lors, malgré un repos d'un mois au lit et des soins de toutes sortes, cette jeune femme souffre dans le bassin, surtout à gauche au-dessus de l'arcade crurale et dans la région lombaire. Elle marche péniblement, le corps porté en avant. Leucorrhée hémorrhagique habituelle; depuis trois mois, abondantes hémorrhagies qui durent dix à douze jours.

Plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent ont été pratiquées sur le col et dans la cavité, sans résultats appréciables ; les injections chaudes, les bains de siège n'ont pas mieux agi, et, depuis trois mois, la malade a abandonné tout traitement. Elle est pâle, amaigrie... ; le 10 juin, je fus appelé en consultation par M. Guichot qui la soigne depuis cinq mois. Le col est gros, entr'ouvert ; ectropion volumineux, déchirure de la commissure gauche sur une longueur de deux centimètres. L'utérus est refoulé un peu du côté droit, par suite d'une inflammation para-utérine à gauche. Il a perdu sa mobilité, et la malade souffre vivement pour peu qu'on presse sur le col pour le ramener à sa situation normale. Pendant vingt jours, la malade pratique, matin et soir, une injection d'eau salée très chaude de cinq minutes de durée, et applique le soir un tampon enduit de pommade d'iodoforme. Les douleurs diminuent, la leucorrhée est moins abondante, mêlée de moins de sang. L'utérus est moins dévié, plus mobile, indolore ; le volume du col a diminué, mais la déchirure ne s'est pas modifiée, l'ectropion très peu.

Le même traitement est continué jusqu'au 15 juillet. La malade se trouvant beaucoup mieux, elle va à Montpellier. L'utérus a sa mobilité normale et est indolore ; ectropion peu diminué, la déchirure persiste. Le 17 juillet, cautérisation avec le thermo-cautère bien limitée aux lèvres de la plaie et peu profonde. Des tampons iodoformés placés dans les culs-de-sac et changés tous les jours destinés à rapprocher les deux lèvres. Le 28 juillet, la moitié supérieure de la déchirure est cicatrisée. Le 6 août, nouvelle cautérisation ignée (mêmes soins). Le 20 août, la déchirure était complètement cicatrisée et, après une courte saison aux bains de mer, Mme D... était complètement guérie. Elle l'est toujours, il n'y a ni douleur ni leucorrhée, et les menstrues durent quatre ou cinq jours comme autrefois.

Observation VII (résumée)

(Jacquelot, thèse Paris 1884). — Déchirure du col, — Trachélorrhaphie.

La nommée L. D..., 30 ans, de constitution robuste et de grande taille, mariée à 17 ans, eut d'abord deux fausses couches, puis quatre enfants. La première fausse couche fut de trois mois. Un an plus tard avait lieu la seconde, qui était de sept mois. Le fœtus était mort depuis plusieurs semaines et le délivre fut extrait par lambeaux au moyen de pinces. Les quatre accouchements n'offrent rien de particulier.

Depuis son mariage, la malade a toujours eu de la leucorrhée.

Depuis la seconde fausse couche, la malade a éprouvé dans le ventre des douleurs s'irradiant dans l'aine et une sensation de pesanteur dans la région hypogastrique, quand elle marche ou se tient debout. Depuis deux ans et demi: crampes d'estomac pénibles sans vomissements, sauf aux époques menstruelles, constipation, pas de ténesme rectal ni viscéral, pas de névralgie, sauf un peu de céphalalgie. Utérus un peu sensible sur le fond, non augmenté de volume.

Au toucher vaginal : col hypertrophié, pression douloureuse, déchirure bilatérale intéressant environ la moitié de la hauteur du museau de tanche.

Examen au spéculum: un certain degré d'ectropion avec mucus visqueux assez abondant et strié de sang.

Le 30 mai. Opération d'Emmet. Six points de suture sont appliqués. Des injections phéniquées au $^1/_{40}$ constituent tout le traitement.

La malade n'a pas souffert des incisions pratiquées sur le

col ; elle s'est plainte, l'opération terminée, d'avoir vivement senti les tiraillements douloureux que lui causaient dans le côté les tractions faites sur l'utérus pour le maintenir au niveau de la vulve.

Ces douleurs persistèrent quelques jours et on appliqua de la glace sur le ventre par crainte d'une péritonite. Matin et soir, injection avec une solution au sublimé aux $\frac{1}{2000}$.

Sutures enlevées le 11e jour, pulvérisations d'iodoforme. Au bout de quelques jours, les applications d'iodoforme étant suspendues, il se forma sur la plaie une couche diphtéroïde qui disparut après la reprise du traitement.

Le 18 juin, la malade souffre encore dans le bas-ventre, mais un peu moins.

Le col, revenu à ses dimensions normales, présente de chaque côté une cicatrice linéaire au niveau de la déchirure. Il est encore rouge, un peu ulcéré et présente une leucorrhée abondante. Nous avons vu d'autres malades dans le même état 15 jours après l'opération.

M. Jacquelot conclut que le succès thérapeutique sera obtenu.

Observation VIII.

(Communiquée par M. le professeur Chalot).

Déchirure unilatérale du col.— Métrite parenchymateuse chronique avec hypertrophie de la lèvre antérieure du museau de tanche..— Opération d'Emmet et ignipuncture réductrice ; Irrigations chaudes vaginales, guérison complète. Déchirure légère, au point opéré, par un nouvel accouchement. Persistance de la guérison.

Madame J. Gr...., 33 ans, de Nimes, vient consulter M. le professeur Chalot, le 4 juin 1885. Elle se plaint de maux d'estomac, de migraines, d'une sensation de poids au milieu du bas-ventre, d'une douleur fixe vers la fosse iliaque gauche, de tiraillements douloureux qu'elle éprouve pendant la

marche et la station verticale dans la région lombaire et la région sacrée. Les règles viennent chaque mois, mais elles sont abondantes, foncées en noir et aggravant le malaise local. Dans l'intervalle des règles, il y a quelques pertes blanches de teinte jaunâtre et glaireuses.

La malade apprend qu'elle est mariée depuis cinq ans, qu'elle était auparavant bien portante et qu'elle a accouché déjà deux fois : le premier accouchement remonte à 4 ans et s'est fait spontanément; suites de couches normales. Le second accouchement, il y a 15 mois, a nécessité l'application du forceps. C'est à partir de ces couches que la malade est souffrante.

A l'examen direct des organes génitaux, M. Chalot a trouvé : 1° une grande déchirure du périnée ; 2° une petite leucorrhée muco-purulente; 3° une hypertrophie en massue de la lèvre antérieure du museau de tanche ; 4° une déchirure du museau, à sa commissure gauche, longue de 2 cent., allant jusque dans le cul-de-sac latéral gauche du vagin; 5° une éversion légère de la partie postérieure et inférieure de la muqueuse intra-cervicale ; 6° une métrite parenchymateuse chronique. L'utérus volumineux, un peu mou et douloureux, mesurait 8 cent. 1/2 à l'hystéromètre. Rien de particulier dans l'examen direct des annexes utérins. Troubles digestifs et nerveux ; anémie.

Le 6 juin, après et avec les précautions aseptiques nécessaires, opération d'Emmet pratiquée à Montpellier par M. le professeur Chalot. La déchirure est avivée sur place sur toute la hauteur correspondante à la lèvre postérieure non hypertrophiée. Application de trois points de soie phéniquée avec de petites aiguilles courbes montées sur le porte-aiguilles de Sims. Cette application a été laborieuse à cause du ramollissement et de la friabilité de la lèvre antérieure hypertrophiée. Perte de sang = 100 gr. au plus. Tampon-

nement à la gaze iodoformée, imprégnée de glycérine Les jours suivants, apyrexie parfaite ; alimentation ordinaire. Irrigations très chaudes (45° c.) et pansement iodoformé tous les quatre jours. Extraction des points de suture huit jours après l'opération ; réunion dans les trois quarts de la hauteur de l'ancienne déchirure.

Le 1er juillet, ignipuncture multiple de la lèvre antérieure pour en réduire le volume et pour influencer la résolution de la métrite parenchymateuse ; irrigation chaude vaginale et pansement à la glycérine iodoformée. Traitement tonique.

Le 7 juillet, la malade rentre chez elle n'éprouvant plus aucune douleur ni aucun malaise, fraîche et très contente. L'utérus mesurait seulement 7 cent. : Par précaution, M. Chalot lui fait porter une ceinture ventrière élastique. En outre, il prescrit des irrigations vaginales très chaudes, matin et soir, avec de l'eau bouillie additionnée d'une petite quantité de sublimé. La guérison s'est maintenue depuis lors, sauf de la constipation, jusqu'au 26 juillet 1889, époque où M. le professeur Chalot a eu l'occasion de revoir son opérée pour la dernière fois.

Un nouvel accouchement a eu lieu l'année dernière, et s'est fait spontanément après huit heures environ de travail ; le museau de tanche, de volume normal, présente seulement une petite encoche du côté qui fut jadis opéré.

Observation IX.

Communiquée par M. le professeur Chalot.

Endométrite catarrhale chronique. — Déchirure bilatérale et ectropion du col — Hypertrophie de la lèvre postérieure. — Curetage utérin ; plus tard, nouveau curetage et opération d'Emmet dans la même séance. — Ignipuncture réductrice. — Guérison.

Mme Marie J..., mariée, 19 ans, unipare, avait accouché dans des conditions exceptionnelles. La parturition étant

très lente, une voisine, dans le but de hâter la sortie du fœtus, avait introduit ses mains dans la cavité vaginale et, par des tractions et des manœuvres désordonnées, elle essayait d'attirer à elle la tête du fœtus, pendant que le mari, de son côté, tirait en sens inverse. Il est très probable que c'est à ce fait que l'on doit attribuer les lésions produites.

La malade consulte M. le professeur Chalot, le 16 avril 1889. Faiblesse générale ; essoufflement et palpitations cardiaques au moindre exercice ; anémie. Inappétence, langue saburrale, crampes d'estomac pendant la digestion, qui est longue et pénible. Par moments, vapeurs hystériques. Règles abondantes et prolongées qui épuisent la malade de plus en plus ; pertes blanches abondantes dans l'intervalle. Douleurs vers les deux fosses iliaques ; sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Pertes de sang après le coït, qui est douloureux.

A l'examen direct, col béant ; lèvres conoïdes écartées : celle qui est en arrière est manifestement hypertrophiée. La muqueuse intra-cervicale, avec les plis hypertrophiés des arbres de vie, se montre nettement entre les lèvres et est recouverte d'un mucus glaireux légèrement jaunâtre. Entre les lèvres, à droite et à gauche, déchirure qui se prolonge jusque dans les fornix latéraux. Utérus en situation et attitude normales, parfaitement mobile en tous sens. L'hystéromètre entre sans difficulté, mais produit une vive douleur quand on touche avec son bout le fond et les parties voisines du fond de l'utérus. Longueur totale : 65 millim. Volume à peu près normal de l'utérus. Un peu de sang après la manœuvre intra-utérine du cathéter. Rien de particulier dans les annexes.

Après avoir amélioré l'état des voies digestives par une purgation (quelques amers) et remonté l'état général par des moyens toniques (quina, fer, jus de viande), M. Chalot propose d'abord le curetage utérin, qui est accepté.

Le 7 mai, curetage de toute la cavité utérine, sans anesthésie générale ni locale. Pansement aseptique et repos au lit. Suites absolument normales. Alimentation ordinaire dès le soir même de l'opération. La malade se lève le 7e jour. Irrigations chaudes vaginales et pansements aseptiques permanents. Règles du 15 au 19 mai.

Le 5 juin, opération d'Emmet, avec le concours de mon excellent élève particulier M. Cardeillac. Avivement et suture *in situ*. La suture est faite avec du fil d'argent. Avant de pratiquer cette opération, comme il persistait un certain degré de catarrhe utérin et pour avoir une guérison complète ferme, M. Chalot a fait, dans la même séance, un nouveau curetage total de l'utérus. Traitement consécutif *ut supra*. Suites tout à fait bonnes sans le moindre incident, sauf quelques suffocations hystériques. L'opérée se lève huit jours après, toujours munie d'un pansement aseptique. Règles du 23 au 27 juin. Les déchirures sont presque complètement fermées.

Le 13 juillet, ignipuncture multiple de la lèvre postérieure et cautérisation actuelle aux deux commissures, pour compléter l'occlusion de la fermeture. Règles du 19 au 22 juillet, en quantité normale.

Le 25 août, l'opérée n'éprouve plus aucune douleur dans la sphère génitale; elle est redevenue forte et ne présente plus que quelques troubles hystériques semblables à ceux qu'elle a eus de tout temps avant son mariage. A l'examen direct, plus de catarrhe utérin; le col est en grande partie constitué, et l'on ne voit persister qu'une légère encoche des deux côtés, sans éversion de la muqueuse intra-cervicale.

L'on trouvera encore de nombreuses observations dans les thèses de MM. Fage, Jacquelot, Cot; nous croyons inutile de les rapporter ici.

CONCLUSIONS

I. Les déchirures cervicales reconnaissent généralement pour causes: un état pathologique du col (cancer, corps fibreux, cicatrices), la constitution anormale du bassin, la rapidité ou la lenteur exagérées de la parturition et les opérations obstétricales.

II. Ces lésions peuvent guérir spontanément, mais assez souvent elles s'accompagnent de désordres locaux avec retentissement sur tout l'organisme de la femme.

III. Toutes les déchirures ne nécessitent pas la trachélorrhaphie; l'on devra s'abstenir lorsqu'elles sont légères, qu'elles ont une tendance à guérir spontanément, qu'elles ne portent aucun préjudice à la santé générale ou qu'elles sont compliquées d'inflammations pelviennes.

IV. L'opération est indiquée dans le cas d'ectropion, de lacérations profondes, de douleurs, de troubles généraux, devant l'insuffisance manifeste du traitement médical.

V. Un traitement préparatoire sera toujours utile, mais il ne faudra pas en exagérer la durée.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 2 novembre 1889.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 2 novembre 1889.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AGATHONOFF.— Lacération du col utérin. Trachélorrhaphie d'Emmet.

ARNING.— De l'opération d'Emmet dans les déchirures du col (Vien. Med. Wochens, 1883).

AUVARD (A). — Travaux d'obstétrique. Thèse Paris 1889.

BAKER. — Déchirure du col, cause de maladies utérines (Boston. med. and. surg., journal 1887).

P. BAR. — Déchirure du col, opération d'Emmet (Annales de gynécol. 1880).

BENNET. — Notes sur la lacération du col de l'utérus, ses causes et son traitement (British med. journ. 1881).

BERRY, HART AND BARBOUR.— De la lacération du col (Ann. de gynécologie 1883, traduit par Rodet).

BIGGAR.— Lacération du col de l'utérus (Trans. Amer. inst. homœop., Philadelphie 1880).

BOZEMANN.— Mécanisme de la rétroversion et du prolapsus de l'utérus au point de vue des déchirures simples du col; leur traitement par les opérations sanglantes.

BRIDE AND MAN. — Cas d'anurie hystérique, guéri par la trachélorrhaphie.

CARROLL LEE.— Limites de l'opération d'Emmet (Med. rec., New-York 1881-82).

— Des indications et contre-indications de l'opération d'Emmet (New-York med. journ. 1881).

COLLINS.— Opération d'Emmet pour la déchirure du col.

CORTIGUERA.— Archives de tocologie (juillet 1885).

COT. — De la déchirure du col de la matrice, de son rôle pathogénique et de son traitement (Thèse Montpellier 1885).

EMMET. — Principles and Practice of gynecology (London 1880).

— Deux cas de déchirure du col, traités avec succès par avivement et suture (New-York med. journ. 1883).

— Déchirure du périnée et du col utérin, avivement et suture, hémorrhagie secondaire provenant du col, deuxième suture complète, guérison (New-York, med. journ. 1883).

EMMET. — Lacération du col de l'utérus (New-York med. journ. 1881). Lacération du col de l'utérus, cause fréquente et inconnue de maladies (New-York med. journ. 1874).

EUSTACHE.— Trachélorrhaphie des opérations d'Emmet (Arch. de tocol. 1884).

FAGE.— Etude sur l'opération d'Emmet (Thèse Paris 1881).

GAILLARD THOMAS.— De la lacération du col de l'utérus et de l'opération d'Emmet (trad. Lutaud, *in* Ann. de gynécol. 1881).

— Lacération du col de l'utérus subinvolution, dégénérescence fongueuse de la muqueuse utérine (Med. and surg. report., Philad. 1879).

— Lacération du col de l'utérus, rectocèle, opération, guérison (Med. gaz , New-York 1880).

GOODELL. — Lacération du col (Med. and surg. report, Philad. 1882).

— Note sur 113 cas d'opér. d'Emmet (Amer. journ. of obstetrics 1882).

HART.— Manuel de gynécol., trad. par Crouzat, Paris 1886.

HEWITT-GRAILY. — Pathology. diagnosis and treatment of diseases of women 1887.

HIRST.— A system of obstetrics, Philadelphia 1888.

HEGAR et KALTENBACH. — Operative gynœkologie 1888.

HOUZEL. — Ann. de gynéc., octobre 1888.

HUGUES-WELLS. — The possible dangers of trachelorrhaphy (Amer. journ. obstetr. 1884.

JOHNSON.— Importance de la trachélorrhaphie, avec observations et remarques (Journ. amer. Ass., Chicago 1884).

JOHN FERGUSSON. — De la déchirure du col pendant le travail (Med. news Philad. 1884).

JACQUELOT. — Thèse Paris 1884.

LYMAN.— Lacération du col de l'utérus avec métrorrhagie et subinvolution, opération suivie de péritonite et de cystite, guérison (Boston med. and surg. journ. 1880).

MACDONALD.— Leçons sur les déchirures du col et leur traitement par la méthode d'Emmet (Edimburgh med. journ. 1888).

MANSI (Matthew).— A system of gynecology by American authors, Philad. 1887).

MARTIN (Aug.). — Traité clinique des maladies de femmes, trad. par Varnier et Weiss. Paris 1889.

MUNDE.— Des indications de la trachélorrhaphie (Amer. journ. of obstetrics 1886).

PAGGI.— Opération d'Emmet ou trachélorrhaphie (Lo Sperimentale 1882).

PALLEN. — Etiologie et traitement des lacérations du col (British. med. journ. 1880).

PASCAULT.— Thèse de Paris 1889.

RUNNELS.— Lacération du col (Homœop. journ. obstetrics, New-York 1880).

RHEINSTŒDTER.— Praktische grundzüge der Gynœkologie (Berlin 1886).

SCHENCK.— 110 cas d'opération d'Emmet (St-Louis, Cour. med. 1881).

SUTTON-STAMBURG. — Another modification of Emmet cervix operation. Trans. ann. Gyn. society 1886.

TERRILLON et LERMOYEZ. — Considérations sur l'ectropion du col de l'utérus et l'opération d'Emmet.

TÉDENAT. — De la déchirure du col de la matrice (Montpellier médical 1883).

VAN DE WARKER.— Analyse de 31 opérations pour remédier à la lacération du col (Amer. journ. of obstetrics 1883).

WILSON.— Cases of laceration of the cervix uteri with unique symptoms 1886.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !